

専門職の協働体制の意義

福山 和女

はじめに

最近、携帯に便利な大きさで、コンパクトにまとめられた翻訳書を見つけた。「チームを育てる」という題名がつけられている。本書の冒頭は、「精神障害リハビリテーションの理論や援助技術は重い精神障害を持つ人々の生活の質を着実に向上させていること、また、リハビリテーション活動は、専門家や専門家に準ずる人々、そして当事者スタッフによって構成されている多職種チームによるところが大きい」¹という文章からはじまり、チームワークやプログラム開発に向けての教育方法や組織方法を概説することに続く。これが、リハビリテーション活動における平等意識の重要性に発展し、プログラム開発における教育方法と組織方法との統合についての重要性に至っている。次に、組織心理学の概念を適用して、システム論によるスタッフ研修、組織の総合的な質の管理の重要性、効果的なリハビリテーション事業とを相関させ、チームワークにおける効果的なリーダーシップの役割にまで言及している。この文献を読み、チーム体制もまた、円滑に、効果的に稼働させるためには訓練・研修が必要であるということがよく理解できた。

現在、保健・医療・福祉の領域において対人援助の専門職が協働作業を通して多種多様なサービスをクライアントに提供しているが、その協働作業の成果があまりみられないという事実がある。連携の大切さやチーム体制での取り組みの必要性が唱えられているなか、チームワークを育成する方法論を焦点にしていることに、非常に興味を抱いた。特に、この文献がチーム体制に携わる専門職への研修、基本的戦略、そして、当事者スタッフのチームへの影響について触れていることは、協働を考える上での主要概念を提示していると考えられる。精神障害だけでなく、児童福祉や高齢福祉の専門職が、ケアカンファレンスの仕方を問われ、その効果を十分出すことを求められているにもかかわらず、どのようにすればよいかかわからず途方に暮れているのが現実であり、問題が複雑になっただけ特定の専門職や領域だけでは支援ができないことも明らかである。当事者とともに地域を基盤にした多職種のチーム体制で取り組むことが求められてきた社会福祉の領域には、専門職のチーム体制や協働の認知度を高めることが急務であると考えられる。

1. 利用者本人や家族のチーム会議への参画

本文献でチーム体制のなかでのプロシューマーと呼ばれる当事者スタッフの役割の明確化、他のスタッフとの関係、および組織が受ける恩恵などについて概説している章も見逃すことができない。コンシューマー（消費者）であると同時にプロバイダー（提供者）である立場から、当事者スタッフとしてのチーム体制への貢献を述べ、いくつかの限界も認識しておく必要があることを明らかにしている。また、当事者スタッフ本人も自分の貢献できること、および他のスタッフへの影響や負担についても認識しておくことが求められることが記されていた。ケアマネジャーがケアカンファレンスを開

催す際に、高齢者本人や介護者である家族に対して、その連携会議への出席を要請するようになった現在では、この利用者の連携会議への参加は専門職にとっても対応しなければならない重要な課題となっている。

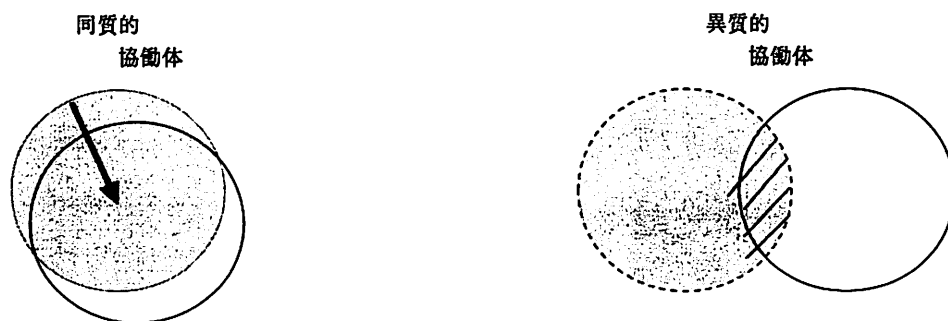
ところが、実践現場では連携や協働というものは、専門職の集合体で行うというよりも、個人のネットワーク作りの力量にのみに依存して行われるものとの考えがあり、同次元の平面的ネットワーク体制としてのみ捉えているように思われる。つまり、ネットワーク体制づくりについての方法や技術についての方法論が存在していることなど全く感知されていないのが現状である。ましてや連携会議をうまく運営するための研修が必要であるということすら意識されていないように思われる。

筆者は、ケアカンファレンスについて理論的に枠組み²を提示し、ケアカンファレンスの研修をここ十数年続けている³。地域における保健・医療・福祉の援助・支援システムが重要視されてきた今、この協働体制をいかに効果的に活用するかがそれぞれの専門職にとっても、専門機関にとっても、また専門領域にとっても重要課題となっている。次にコラボレーション・協働体制という観点について考えてみたい。

2. 協働体制の構成要素の特性

協働体制は同質的、あるいは異質的なものから構成されている (Fukuyama,1998)。以下にそれぞれの特性を提示した(図1参照)。同質的な協働体制の特性は、専門性の同質の部分が多く占めるため、一構成員が少しでも異質なことを発言すると、非常に違和感を感じ、そのはみ出し部分に構成員全員が注目をして、助言や指導でそのはみだし部分を修正し、同質性を強化しようとする。結果的には、はみ出したものは、同一専門性の範囲内で振る舞うように引き込まれてしまい、全員が均一化された質の専門家の集まりを形成し、それ以上の協働の成果はあがらない。この場合、構成員が相互に教え合うという現象が生じるため、それぞれの専門職の満足感が高くなる。

図1：同質的・異質的協働体制



一方、異質的な協働体制の特性は、それぞれの専門性の異質の部分が多くなるため、その異質を修正することに注目しなくなる。また、その異なっていることの事実を隠すことなく明らかに示す。その反面、共通の部分(斜線の部分)が少なく、かつくっきりとみえるため、その部分について互いに理解でき、その部分の価値を認める形になる。他職種との関わりはその共通の部分で形成するように

なり、その他の異なる部分については異質であることを尊重するようになる。それぞれは、自律的に行動することを求められ、その効果を出すことになる。そのため、依存できないことの不平が出たり、何も教えてもらえなかったと苦情を言ったり、他職種を批判する傾向が出るが、自律性を持って行動できたことに対して満足し、更に自立して仕事をするようになるため、自律度の高い専門職間の協働が可能になる。

現場では同質を望みながらも、他の職種に教えてもらうことを期待し、他の職種に依存したいと欲する。専門職の自律性が確立されない限り、効果的な協働体制の形成はできないだろう。

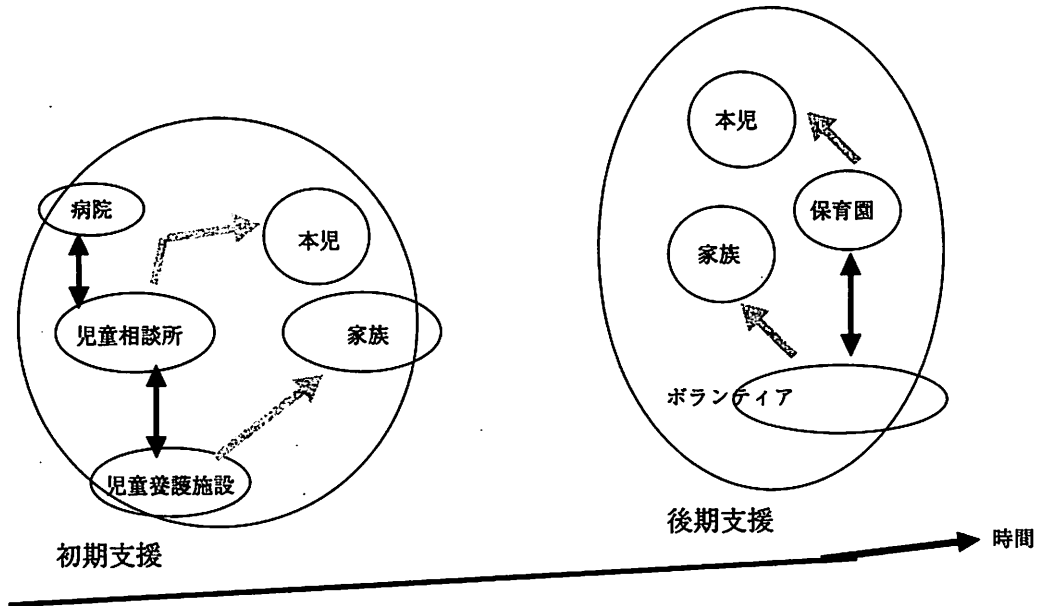
3. 協働体制の局面について

この協働体制の局面は、現場での連携の評価に活用できると考える。協働体制を平面的な同次元ネットワークとして捉えるか、また、立体的な多次元にわたるネットワークと捉えるかによって、協働の効果を評価できると考える。

平面的な同次元ネットワークによる協働体制の必要性について考える。例えば、緊急時には、多職種が集まり、緊急会議を開き、それぞれがクライアントの援助に関する対応策を提示しなければならない。その会議の方針に基づき、援助が展開されることにより、包括的対応が可能となる。このように緊急時では関係する専門職が目標に沿って対応を迅速に行うため、その効果は、一人の専門職が果たしうるものよりはるかに大きいものになるだろう。このような必要性があるにもかかわらず、この会議に参加する専門職それぞれがその必要性を認識しなければ、忙しいときに招集をかけられたと考え、主体的に関わることなくクライアントの情報共有に何時間もかけて話し合う。時間がかかった割にはなかなか結論に到達せず、連携方針や計画の目処も立たないことがある。その会議に参加したことが無意味だったとさえ思ったり、また、このように多くの専門職が集まるのが現実的でないことに苛立ちを感じる。このような評価は、単発の会議で、しかもその場で連携や協働の成果を生みださなくてはならないものと捉えているのかもしれない。

もう一つの協働体制である立体的な多次元のネットワークについて考える。例えば、児童の虐待に対する援助では、虐待が発見された時点での専門職の協働体制、つまり初期支援でのネットワークと、中盤から後半にかけて、子どもの家族への生活支援を実施するときのネットワークとが異なる。初期支援では、児童相談所が中心になり、その協働体制は展開される。しかし、後半では、保育園や他のボランティアが協働体制を形成し、児童が家庭に復帰し、生活していくための必要なサービスを提供するだろう(図2参照)。初期支援の時点のネットワークだけでは十分な支援ができず、緊急対応のみとなる。この初期支援の成果を活用し、後期支援のネットワークを積み重ねることで、児童や家族への援助での協働体制がより効果を上げるものとする。この体制では、個々の専門職がこのような多次元のネットワークを形成することは非現実的である。多次元的立体的ネットワークは、個々の専門職の力ではなく、多くの機関が援助の任を負ったときに初めて可能になるものと思われる。しかし、現場ではこの種の協働体制を稼働させることはとても難しくなった。職場の人事異動が頻繁になり、児童に対する援助方針の実施も、担当者の記録のみに頼らざるを得ないことがある。いわゆる長期見通しを持った援助ができにくくなっていることも事実である。

図2：立体的多次元の協働体制



4. 協働体制についてのレベル・局面・質による分類整理

協働体制とは、一つの支援・援助プロセスを、それぞれの領域の専門職がそれぞれの立場から策定した計画案を提示し、それぞれの役割分担についてチームとしての合意を得て、実践に移していくためのシステムである。協働体制の局面が平面的な同次元ネットワークか、立体的な多次元にわたるネットワークであるかどうかを明確にして、5つのレベルから考える必要がある。それらは、利用者レベル、スタッフレベル、組織レベル、職能集団レベル、そして専門領域レベル(理論レベル)である。また、その質が同質であるか、異質であるかも考慮して分類する。

1) 利用者レベル

これは、協働のなかでも最小規模のレベルである。それぞれの専門職が一人の利用者や家族に対して援助・支援する際に、医療・保健・福祉のそれぞれの方法や技術を用いる。時には、同一専門職が介護や福祉的技術をニーズに応じて、状況に応じて活用することもあるかもしれない。これは、技術レベルの協働といえるかもしれない。時間的に同時に進行する協働であれば、同次元ネットワークを利用しているといえる。しかし、タイムラグがあれば多次元ネットワークの利用であるといえる。

2) スタッフレベル

これは、専門職レベルの協働であり、同職種間または異職種・多職種間の協働が行われる。同一機関内における協働体制である。時間的に同時に進行する協働であれば、同次元ネットワークの利用と、タイムラグがあれば多次元ネットワークの利用と捉えることができる。

3) 組織レベル

これは、機関レベルの協働であり、二つ以上の機関間、複数機関間の協働体制である。同領域

表1：協働例

レベル	職種 二以上	提供内容	時間差： 同時に、 同次元ネットワーク例	時間差： 時間をずらせて 多次元ネットワーク例
利用者	同種専門職	専門技術	二人のソーシャルワーカーによる支援など	2人の看護師が午後、夜間に別々に看護ケアなど
	異種専門職	専門技術	ソーシャルワーカーが相談を受け、看護師が看護ケアなど	ソーシャルワーカーが午後に相談面接、夜間に看護師が看護ケア
スタッフ	同種専門職	専門知識技術・情報	ソーシャルワーカーによる申し送りやミーティング	ソーシャルワーカーたちが会議を開く。その結果を別のソーシャルワーカーの会議に知らせる
	異種専門職	専門知識技術・情報	医療スタッフの申し送りミーティング	医療スタッフがそれぞれ他のスタッフに伝達する
機関	同種専門機関	専門知識・情報・計画	ソーシャルワーカー室の会議	小規模の会議結果を他の部門に伝達する
	異種専門機関	専門知識・情報・計画	チーム会議 連絡会議	特定の会議内容を他の機関の会議に伝達する体制
職能集団	異種職能集団	専門知識理論	特定職能集団と他の職能集団との合同会議、研修会	特定職能集団と他の職能集団が研究発表会
専門領域	異種専門領域	専門知識理論	2専門分野の理論や概念に関するシンポジウムなど	2専門分野の特定方法論の開発など

の機関間と異種領域の多機関間の協働体制であっても、時間的に同時に進行するのであれば、同次元ネットワークの活用であり、タイムラグがあれば多次元ネットワークの活用であるといえる。

4) 職能集団レベル

職能集団が多様になってきており、また研修や人件の経費などの問題から、複数の職能集団が協働体制を組み、互いの職能集団の発展を目指すことができる。時間的に同時に進行するのであれば、同次元ネットワークの活用であり、タイムラグがあれば多次元ネットワークの活用であるといえる。

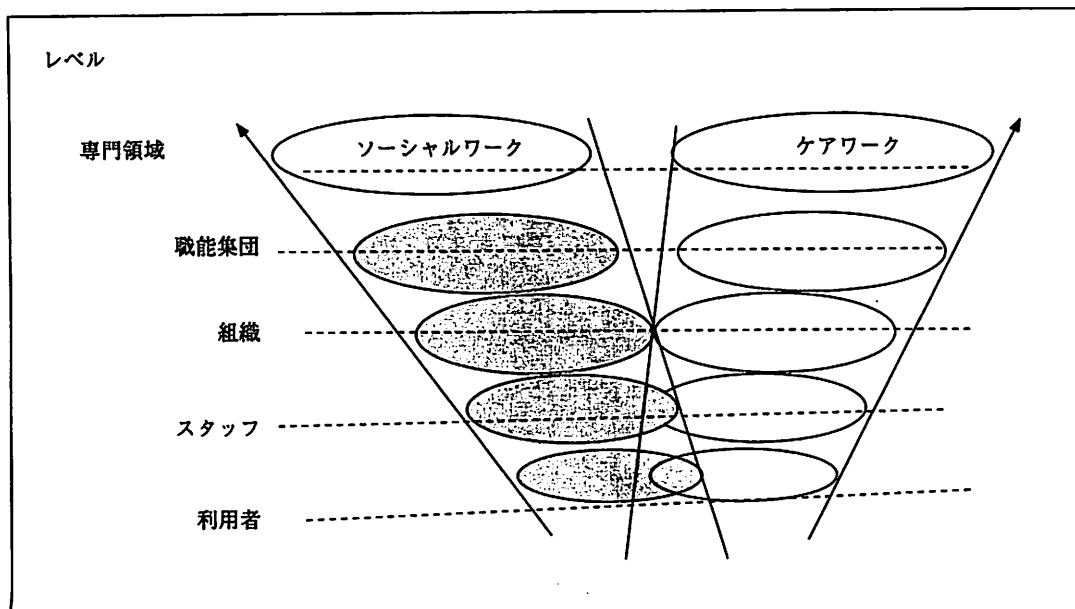
5) 専門領域レベル(理論レベル)

多領域間の協働体制である。ここでは、二つ以上の領域が新たな理論の開発のために協働体制を組むことなどが挙げられる。この場合は、理論開発には長期にわたり時間が必要であるため協働体制には多次元ネットワークを活用する必要性があると考えられる。

具体的な協働例を挙げてこれらのレベルについて述べる。

以上、協働という言葉について、さまざまな形態を整理した。現場では協働を通じて専門職の活用が的確になされていないことも事実である。つまり、専門職間で見解を統合したり、あるいは意見や目標を統一することが、また、他の専門職から出された意見に賛成したり同意をすることが、協働であると誤解されているようである。協働会議の場で意見や方針が異なることに対する抵抗や反発が見られ、専門職間で互いに批判しあい、また干渉しあうという現象が起こっている。また、異種の専門職であるのに互いに同質の、同レベルの専門性を持つように要求する場面もみられる。このような現

図3：各レベルでの協働体制



状では、特定の専門職が優位に立ち、他の専門職に指示を出す形になり、専門職間の協働の意義が薄れてしまうように思える。そこで協働体制の構成要素、局面、類型のそれぞれについて詳しく考察する。

5. 協働体制の課題

1) 同一機関内における協働体制について

これには、同一職種間の場合と多職種間の場合が考えられる。同一職種間の協働体制には、医師のみが集まる会議、看護師のみのミーティング、ケアワーカーのケア会議、ソーシャルワーカーのケース会議などが含まれる。同一職種間の協働体制は、集まった専門職が、同質の専門性のもとに話し合いを持つことから、その専門性を活かした密度の濃い協働の成果が見込まれる。

これは、スタッフレベルであるが、多職種間の協働体制は所属組織内でも求められる。それぞれの職種がみずからもつ役割を十二分に果たすなら、これらの専門職の協働は効果を出しうると考える(福山、1993)。それぞれ独自の専門性を発揮して、異質の専門性を活用することにより、つまり各専門職から提示されたものに対して「合意」を表明し、包括的、総合的援助を目指すことにその意義があると考えられる。それぞれの人材を十分に活用することにより、またそれぞれ異なる専門性を十分援助に適用することにより、高度な、しかも効率のよい協働体制が作られるものと考えられる。特に、専門家としての役割では何をやるのか、同一組織の一員としてそれぞれがどの役割では何を果たすのかについて、その理由とともに明確に提示できるなら、それぞれの専門職の存在意義も十分に理解でき、お互いに活用しあえると考える。そこで専門職にとってこの協働を活用することとどのようにするこ

表2：協働体制の類型及び効用と限界

形態		効用	限界
1) 同一機関内の協働体制	同一職種間の協働体制	専門性の活用と向上 相互理解がしやすく、同意を得やすい	総合的成果を出せない、理解していることの点検がしにくい
	多職種間の協働体制	それぞれの専門性を活用し、総合的成果を出せるので、合意が得やすい	それぞれの専門性についての相互理解が難しい
2) 多機関間の協働体制		それぞれの機関の代表が集まることで、それぞれの機関の独自性や方針を活用して総合的成果をあげることができる	それぞれが一堂に集まるのが難しく、体制を効率よく稼働させるのが難しい
3) 多領域間の協働体制		それぞれの領域の独自性や専門性を活用することにより新しい総合的な理論開発ができる	それぞれの領域の限界があり、相互協力を得ることが難しい

とかを考えなければならないが、以下の側面を認識すること（福山、1999）を一つの対応策として示す。

クライアントの援助・支援のための計画会議や連絡を取りあう中で、

① 所属機関の一員である専門職として、これまでそのクライアントに対してどのようなことを行い、これから何をしようとするのかその援助・支援計画について明示し、その理由を見解として述べる。この場合、個人的な意見ではない。

ア. まず、援助・支援計画を述べるに当たり、所属組織のどの立場で、即ち職位は何で、どの職務を遂行しようとしているのか、役割や機能を、またそれに付随する責任の範囲はどこまでなのかを明示する。

イ. 次に、業務や援助行動の計画性について明示する。目的、目標、工程や施行期間、援助課題などを提示する。

ウ. 業務や援助行動に関する専門性についても明確にする。援助・支援のために用いる知識・技術・価値について具体的に提示する。

エ. 業務や援助行動の効果予測をして、それを明示する。特に予測できる効用だけでなく限界や支障についても提示することが必要である。

② これから行う業務や援助行動に関して何が不足しているのかを明確にする。恐らく、計画性、専門性、予測性などについてその不備を明確にする必要があると思われる。

③ それぞれの専門職から合意を得て、他の専門職からサポートを受けることで、積極的に、前向きに、建設的に取り組むことが求められる。

以上のような点が明確にされた上で、それぞれの専門職が援助計画や内容を提示すればおそらく専門職間の協働はかなりの成果を上げると考える。以下に注目すべきポイントについて表1に提示する。これは、スーパービジョンのチェックリスト（福山、2001:33）を参考にしたものであり、専門職が、自らの立場や役割を、専門家としての側面と、所属組織の一員としての側面から認識することを意図したものである。

表3：チェックリスト

機能の確認	チェック項目	明確にする項目	チェック ○印
① 自分がこれまで何をして、これから何をしようとしているのかを明確に提示すること。	ア. 職務や職責を明確にする。	仕事の立場	
		責任の範囲	
		役割	
	イ. 社会福祉の専門性を活用した援助計画であるかを明確にする。	援助目的や計画	
		援助期間	
		援助内容や具体的効果	
	ウ. 援助の考え方や視点に社会福祉の専門性を活用したかを確認する。	援助の理論	
		援助技術	
		援助のための情報	
	エ. 援助の効果予測を確認する。	援助効果	
援助の限界			
② 自分が社会福祉の専門性を欠いていないかどうかを明確にする。	社会福祉の専門性に関する理論・技術・情報、価値の不足部分を確認する。	援助の理論が不足	
		援助技術が不足	
		援助のための情報が不足	
③ 自分が専門職として、組織の一員として自覚しているかを明確にする。	悩み、不安、自信喪失を確認する。	悩み	
		不安	
		自信がない	

2) 多機関間の協働体制、

ここでは、機関レベルの協働体制の必要性について考える。医療・保健・福祉の領域では、地域に存在する多くの機関を活用して援助計画を立てることが必要である。高齢者への援助・支援における協働体制を取り上げ、その協働体制に見られる様々な混乱や問題について検討し、協働体制を稼働させている専門機関間の役割・機能について上述のチェックポイントに基き検討する。

介護保険制度下で、高齢者の在宅生活の支援がなされているが、介護支援専門員が家庭訪問を行い、アセスメントに基きケアプランを立てる。サービス配分の計画づくりをして、その計画を作る。しかし、クライアントは早急にケア計画を必要とする旨を表明し依頼したにもかかわらず、介護支援専門員の立てた計画を提示すると、その計画案に対して取り消しを求めた。このようなプランは自分達にとって非現実的であるという。また、自分達家族は迷っていて、意見も一致していないので困っていると訴える。そこで、介護支援専門員は、所属組織にも、また連携を組んでいる他の機関や専門職にもこの現状を伝え、要請を取り消したい旨伝える。なかなか援助・支援計画がはかどらず、クライアントからの苦情や不平が所属機関に入り、他の機関や専門職からもクレームがくる。

利用者レベルとして、クライアントがサービス計画案を断るという事実は、クライアントがケアプランへ参画する権利を有することから考えれば当然の現実であるのに、クライアントが断ることについて専門職はあまり考えていないことも事実である。クライアントが断ることについては、ややもすると好き勝手なことをいっているかのように解していることがある。ケアプランがクライアントのニー

ズに合ったものではなかったと考える必要もある。クライアントに断られると、結果的には所属機関だけでなく、他の機関や専門職にも多大の影響を及ぼすことになる。このことは専門職としては十分に心得ているわけであるが、対人援助をする専門職のしがらみというものであろう。どうしても、個人感情で対応する傾向があることも見逃せない。この例の介護支援専門員について考える。

① 介護支援専門員は所属組織の一員としての機能を果たしているか。

まず、援助の要請があった時に、効率のよい支援体制そのものについての考えを持ったのかどうかはとても重要な点である。

ア. クライアント本人や家族が早急に援助を求めると、焦点が「よい支援者」としての役割に向き、それを果たしたいと思う。そのような気持ちは、援助の動機が専門職の個人的レベルにあるから生じることである。要請を受けた電話の時点から、介護支援専門員は所属組織として対応することの意識が必要である。クライアント本人や家族からの要請に巻き込まれず、客観的に対応する。クライアント側にとっても、機関から派遣されている人との実感をもつことで、クライアントが自分に合ったサービスを選ぶことができるように支援し、要望と合わない場合は断ってもよいことを伝えることが必要である。

イ. 介護支援専門員は、所属機関の方針を明確に伝え、機関の責任範囲についてクライアント本人や家族に明確に提示することが必要である。職場の機関が介護支援体制を組み、行政との連携のもとにクライアントに対して的確なサービスの提供を行い、地域で支援していることを伝達する必要がある。これにより、他の専門職や専門機関との連携や協働を建設的に行うことができると考える。クライアントも住みなれた地域で暮したいとの希望がかなえられ、自らの力を発揮して支援を受けることができるようになる。

ウ. 介護支援専門員は立てた介護支援計画案にどの専門性を活用したのかについて、その理由や妥当性を明確にする。現場では、介護支援専門員は介護認定のレベルに合わせてサービス分配や調整をする。介護計画案の妥当性を証明できること、また、援助効果を予測できることが大切である。

エ. 立てた計画案の有効性と限界を組織に報告することが必要である。高齢者本人や家族の反応、抵抗、期待や不満を予測することはとても重要である。専門職としての重要な能力に、予測能力があると考えられる。この予測に基き、様々な対応策を練っておく必要もある。所属組織の上司にも、連携先の機関や専門職にもその可能性について伝えておくことができたであろう。

② このような計画案についてより効率のよい協働ができるためにも、何か補足しなければならないことはないかについて考慮しておくことが大切である。

例えば、援助のための理論が不足しているので、どうしてもクライアントのニーズに合うような計画が立てられないのであれば、上司や他の専門職に資料や情報を提供してもらうことも必要であろう。

③ 介護支援専門員が立てた計画案をクライアントに受け入れてもらえない時には、ややもすると、それについてクライアントを責めたり、悪者扱いにしたり、クライアントの問題の特性であると決め付けたりするものである。計画案について十分に検討し、上司にも報告して了解を得ることによって、所属機関からの専門職に対する支援体制が整い、他の機関や専門職との連携や協働がよりスムーズに運ぶことがある。

3) 多領域間協働体制について

専門職及び専門領域レベルにおいては、「コラボレーションとは、共通の目的のために異なる専門分野が対話し、協働して新たなシステムを構成することである」と下山（2002：59）は、心理学と法学との協働について述べている。また、知識・技術・価値の専門性、専門機関、他の専門職および機関、サービスなどそれぞれの有効性を更に発展させながら、限界を打破する必要があるだろう。専門領域間の協働については、「単に心理学の技術を取り入れるというのではなく、法律相談に特有のアルゴリズムを含む新たなカウンセリングのモデルを開発することが（下山、2002：57）」... 法学と臨床心理学のコラボレーションである。今、クライアントのニーズの多様化や複雑化、困難性の増大などから、専門領域にとって、対人援助の理論やモデルの開発が求められている。単一の学問領域からではない広域に適用可能な理論やモデルの開発は協働体制をより稼働させる上でも非常に重要視されているといえる。

今後の課題

それぞれの専門職が、協働体制の効用性と限界を認識し、さらに活用できるようにシステムの強化を図ることにより、地域における領域の広い福祉・保健・医療の包括的支援・援助が可能になると考える。

新たな開発と創造がこれからの専門職にますます求められるが、推測ではなく、実際に何ができるのかを明確にしない限り、これからの必要でなにをするかについてはいつまでも混沌とした状態が続くであろうと思われる。専門職や専門性としての自律性がどこまで育成されるかが今後の課題となる。

(注)

- 1) 野中猛監訳、柴田珠里訳著 コリガン,P.W.・ギフォード,D.W.編（2002）『チームを育てるー精神障害リハビリテーションの技術』、金剛出版、p.5
- 2) 福山和女（1998）「ケアカンファレンスの理論と実際」『介護支援専門員受験ハンドブック』全国社会福祉協議会、264-282
- 3) 厚生省委託、日本公衆衛生協会主催の地域ケアのコーディネーション研修に對馬節子氏（2000）と共に、ケアカンファレンスの研修プログラムを組んで実施しているのをはじめとして数多くの研修を実施してきた。

(参考文献)

- Fukuyama, Kazume（1998）INFLUENCES OF SELECTED CHARACTERISTICS OF PROFESSIONAL SUPERVISION ON JOB SATISFACTION, PRODUCTIVITY AND AUTONOMY OF PROFESSIONAL SOCIAL WORKERS IN JAPAN, Doctoral Dissertation, National Catholic School of Social Service of The Catholic University of America,
- 福山和女（1993）、「スーパービジョン研修の現状と課題」、『ソーシャルワーク研究』19巻3号
- 福山和女（1999）「福祉、保健、医療のネットワークにおける医療ソーシャルワークの機能」『ソ-

シャルワーク研究』25巻1号

福山和女編 (2001) 『スーパービジョンとコンサルテーション (改訂版)』、F K研究グループ、p. 33

下山晴彦 (2002)、「カウンセリング的法律相談の可能性」菅原郁夫、下山晴彦編著、『現代のエスプ
リー21世紀の法律相談』志文堂、